OMB No. 0938-1441
Expires: 11/30/2027

SOLICITUD DE REEMBOLSO DIRECTO POR EL PROGRAMA DE TRANSICIÓN RECIENTEMENTE ELEGIBLE PARA INGRESOS LIMITADOS (LI NET)

¿Qué es el Programa de Transición Recientemente Elegible Medicare para Ingresos Limitados (LI NET)?

LI NET es un programa de Medicare que proporciona cobertura de medicamentos temporal para personas con Medicare que califican para el subsidio por bajos ingresos (LIS) o "Ayuda adicional" y no tienen cobertura de medicamentos recetados.

Maneras en que las personas se inscriben en el programa LI NET:

- Inscripción automática por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
- Inscripción de punto de venta en una farmacia
- Formulario de solicitud de LI NET
- Humana recibe esta solicitud de reembolso directo de usted

¿Cuándo debo usar este formulario?

Use este formulario si es elegible para un subsidio por bajos ingresos y está presentando recibos para solicitar el reembolso por medicamentos recetados que pagó de su bolsillo.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul)
- Su dirección permanente* y su número de teléfono
- Recibo(s)

¿Qué ocurre después?

- Envíe la información por correo a
  LI NET
  P.O. Box 14310
  Lexington, KY 40512-4310
  por fax a 1-877-210-5592

Humana tiene 14 días calendario para responder si su solicitud es elegible o no para reembolso, incluyendo el motivo para denegar la solicitud (si corresponde).

Si Humana otorga su solicitud, hará lo siguiente:

- Le enviará su cheque de reembolso como máximo 30 días después de determinar que su reclamación es elegible para reembolso.
- Le inscribirá retroactivamente en el programa LI NET.

Para recibir ayuda con este formulario

Llame a la mesa de ayuda de LI NET al 1-800-783-1307. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Vaya a Humana.com/LINETresources.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Humana al 1-800-783-1307. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Si en este momento está en situación de calle

- *Si quiere inscribirse en LI NET pero no tiene una residencia permanente, puede indicar una casilla de correo, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe correspondencia (como sus cheques de Seguro Social) como su dirección de residencia permanente.

Declaración de divulgación PRA

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los patrocinadores de Medicare para dar seguimiento a la inscripción de beneficiarios, para mejorar la atención y para el pago de beneficios de Medicare. Las secciones 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esa información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)" (Medicamento recetado de Medicare Advantage, Sistema n.° 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan. En virtud de la Ley de Privacidad de 1974, cualquier información de identificación personal obtenida se mantendrá privada en la medida que lo exige la ley.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona tiene obligación a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1441. El tiempo necesario para completar esta información es de aproximadamente 15 minutos en promedio por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

No envíe solicitudes, reclamaciones, pagos, historias clínicas ni ningún documento que contenga información confidencial al área de PRA de la Oficina de Autorización de Informes (PRA Reports Clearance Office). Tenga en cuenta que cualquier correspondencia no relacionada con la responsabilidad de recopilación de información aprobada en virtud del número de control de OMB asociado indicado en este formulario no será revisada, reenviada ni retenida. Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a dónde presentar sus documentos, consulte "Para ayuda con este formulario" en esta página para enviar su formulario completado al patrocinador de LI NET.

LINET
LIMITED INCOME NET PROGRAM

Formulario de reclamación de medicamentos recetados para reembolso del afiliado

Sección 1: Información del afiliado

Instrucciones de la Sección 1:

1. Complete esta sección en su totalidad y envíe esta solicitud dentro del período de presentación, que es de **36 días a partir de la fecha en que se surte la receta.** Si tiene preguntas sobre el período de presentación, llame al servicio de asistencia de LI NET al **800-783-1307** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**);
2. Si presenta una solicitud relacionada con medicamentos obtenidos a través de distintas farmacias o médicos, o una solicitud relacionada con distintos afiliados, envíe un formulario por separado para cada farmacia, médico y afiliado.

Número de identificación del afiliado (obligatorio):	N.º de identificación de Medicare:	
Nombre del afiliado (apellido, nombre e inicial del segundo nombre):	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa):	
Dirección:	Teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Sexo:	Persona que completa el formulario: ◯ Afiliado ◯ Cónyuge ◯ Hijo ◯ Otro: _____	
Residencia del paciente: ◯ Hogar ◯ Hogar de ancianos ◯ Centro de residencia asistida ◯ Centro de cuidado inmediato ◯ Hospicio		

¿El afiliado es elegible para la cobertura primaria de medicamentos recetados de otro proveedor de seguro? ◯ No ◯ Sí

Si responde sí: ¿Se presentó la reclamación al otro proveedor de seguro? ◯ No ◯ Sí

¿Pagó el otro proveedor de seguro como aseguradora principal? ◯ No ◯ Sí

Nombre del otro proveedor de seguro: _____ N.° de identificación del afiliado: ____

Sección 2: Información sobre farmacias y proveedores

Instrucciones de la Sección 2:

1. Proporcione la información solicitada sobre la farmacia en la que se obtuvieron los medicamentos Y sobre el médico que los recetó.
2. Su farmacia y su médico podrán ayudarle si le falta alguno de estos datos.

Información de la farmacia

Nombre de la farmacia:	N.º NCPDP o NPI de la farmacia:	
Dirección:	Teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Tipo de servicio de la farmacia: ◯ Minorista ◯ Medicamentos compuestos ◯ Infusión en el hogar ◯ Institucional ◯ Cuidado a largo plazo ◯ Organización de cuidado médico administrado ◯ Pedido por correo ◯ Medicamentos de especialidad		

Formulario de reclamación de medicamentos recetados para reembolso del afiliado

Información del médico

Nombre del médico:	N.º NCPDP o NPI del médico:	Identificación fiscal del médico:
Dirección:	Teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Sección 3: Información sobre medicamentos recetados

Instrucciones de la Sección 3:

1. Complete la información indicada para **CADA** medicamento solicitado. Si falta información, no podremos procesar su solicitud. Su farmacia puede proporcionarle información que le falte.
2. Incluya todos los recibos de la farmacia **Y** el comprobante de pago. Pegue los recibos con cinta adhesiva en una página separada y envíelos junto con el formulario de reclamación. Si el medicamento se suministró en la sala de emergencias o en el consultorio médico, incluya una declaración detallada.

Tenga en cuenta: Los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos no son pagaderos conforme a los planes de Medicare.

¿Es un medicamento compuesto? ◯ No ◯ Sí *Si responde que sí, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible*			
¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.? ◯ No ◯ Sí			
¿Es una vacuna? ◯ No ◯ Sí	*Si responde sí:* Costo de la vacuna: $ _____	Cargo de administración: $ ___	
Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés)	Nombre del medicamento:	Costo total: $	
Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):	Número de la receta:	Cantidad:	Días de suministro:
Forma de dosificación	Concentración:	Despachar como código escrito (si aplica):	

¿Es un medicamento compuesto? ◯ No ◯ Sí *Si responde que sí, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible*			
¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.? ◯ No ◯ Sí			
¿Es una vacuna? ◯ No ◯ Sí	*Si responde sí:* Costo de la vacuna: $ _____	Cargo de administración: $___	
Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés)	Nombre del medicamento:	Costo total: $	
Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):	Número de la receta:	Cantidad:	Días de suministro:
Forma de dosificación	Concentración:	Despachar como código escrito (si aplica):	

Formulario de reclamación de medicamentos recetados para reembolso del afiliado

¿Es un medicamento compuesto? ◯ No ◯ Sí *Si responde que sí, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible*			
¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.? ◯ No ◯ Sí			
¿Es una vacuna? ◯ No ◯ Sí	*Si responde sí:* Costo de la vacuna: $ _____	Cargo de administración: $ ___	
Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés)	Nombre del medicamento:	Costo total: $	
Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):	Número de la receta:	Cantidad:	Días de suministro:
Forma de dosificación	Concentración:	Despachar como código escrito (si aplica):	

¿Es un medicamento compuesto? ◯ No ◯ Sí *Si responde que sí, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible*			
¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.? ◯ No ◯ Sí			
¿Es una vacuna? ◯ No ◯ Sí	*Si responde sí:* Costo de la vacuna: $ _____	Cargo de administración: $ ___	
Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés)	Nombre del medicamento:	Costo total: $	
Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):	Número de la receta:	Cantidad:	Días de suministro:
Forma de dosificación	Concentración:	Despachar como código escrito (si aplica):	

Si necesita más espacio, puede acceder a un formulario de información sobre medicamentos en blanco desde nuestro sitio web: **https://www.es-humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms**

Sección 4: Motivo de la solicitud

- ☐ La farmacia no acepta mi plan de Humana
- ☐ Yo no tenía la información de mi plan en el momento de la compra
- ☐ Se me cobró por medicamentos recibidos durante una consulta a la sala de emergencias
- ☐ Considero que la reclamación no se pagó de manera correcta
- ☐ Recibí un medicamento mientras estaba en un crucero **(el itinerario del crucero debe incluirse con la solicitud)**
- ☐ Recibí una vacuna cubierta por la Parte D en el consultorio médico
- ☐ Surtí el medicamento durante un desastre natural o estado de emergencia
- ☐ Otro motivo: _____

Explique el problema: _____

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA RECLAMACIÓN

Advertencia: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información sustancialmente errónea; o bien (2) oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto fraudulento.

Sección 5: Firmar y devolver

TENGA EN CUENTA: Si otra persona que no es el afiliado firma este formulario, se requiere documentación adicional que autorice a ese representante. Esto puede incluir un formulario o declaración de Designación de un representante (AOR, por sus siglas en inglés), un poder legal (POA, por sus siglas en inglés), u otra documentación legal. Un formulario de AOR está disponible en https://www.es-humana.com/linet para su conveniencia.

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

Devuelva el formulario completado y los recibos:

Correo postal: LI NET Program
P.O. Box 14310
Lexington, KY 40512-4130

Fax: 877-210-5592

Aviso de no discriminación

El programa Limited Income NET (LI NET, por sus siglas en inglés) cumple con las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. LI NET:

- Provee a las personas con discapacidades modificaciones razonables, junto con ayudas y servicios auxiliares gratuitos adecuados para comunicarse eficazmente con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas
  - Información por escrito en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
- Provee servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir lo siguiente:
  - Intérpretes acreditados
  - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, comuníquese al **800-783-1307 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este>. Si cree que LI NET no ha provisto estos servicios o ha discriminado por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico al coordinador de No Discriminación de LI NET en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **800-783-1307 (TTY: 711)**, o a **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de No Discriminación de LI NET puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o teléfono a:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**.

Afiliados de California:

Residentes de California: también pueden llamar a la línea directa gratuita del Departamento de Seguros de California al **800-927-HELP (4357)** para presentar una queja formal.

Si necesita ayuda con una queja formal que no ha sido resuelta por Humana o queda sin resolver por más de 30 días, puede llamar al Departamento de atención de la salud administrada de California al: **888-466-2219** o TDD **877-688-9891**, o también puede vistar el sitio web: **www.dmhc.ca.gov**.

Este aviso está disponible en **es-www.humana.com/member/medicare-linet-pharmacy-resources**.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-783-1307 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-783-1307 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果 您需要此翻译服务，请致电 1-800-783-1307 (听障专线: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如 需翻譯服務，請致電 1-800-783-1307 (聽障專線: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-783-1307 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-783-1307 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-783-1307 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-783-1307 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-783-1307 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными

услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-783-1307 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بخطتنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-783-1307 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-783-1307 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-783-1307 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-783-1307 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-783-1307 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-783-1307 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスを ご用意しています。通訳をご用命になるには、1-800-783-1307 (TTY：711) にお電話ください。日本語 を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。